CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1907)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Ch.-L. GAUTHIER

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE LYON

LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

1907

TITRES

acquis depuis 1904

ADMISSIBLE AU CONCOURS D'AGRÉGATION DE CHIRURGIE
(1904)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
DE LYON
(Concours de 1904)

ENSEIGNEMENT

En qualité de Chef de Clinique :

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HÔTEL DIEU DE LYON
(Années 1904-1905 et 1905-1906)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Parus depuis 1904.

MÉMOIRES ORIGINAUX

31. **La Radiothérapie et le cancer** (En collaboration avec E. Duroux). *Arch. prov. de chirurgie*, 1er juin 1905, p. 321-354, 8 fig.
32. **Traitement des ulcères hémorragiques de l'estomac** (En collaboration avec P. Cavaillon). *Lyon médical*, 1906, t. I, p. 927.
33. **De la Gastrostomie dans certaines formes de péritonites** (Méthode du professeur Jaboulay). (En collaboration avec L. Pinatelle). *Province médicale*, 16 juin 1906.
34. **Traitement de certaines formes de l'ulcère simple de l'estomac par l'excision** (En collaboration avec G. Rivière). *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1907, n° 1.

COMMUNICATIONS A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON

35. **Radiothérapie pour cancers du nez.** Présentation de malades guéris ou améliorés, 8 mai 1905.

36. **Extirpation d'une tache mélanique de la joue par la radiothérapie** (Présentation du malade guéri), 8 mai 1905.

37. **Traitement du cancer du côlon par l'entérectomie en trois temps.** Présentation de trois malades guéris (En collaboration avec P. Cavaillon), 6 novembre 1905.

38. **Balle intra-cérébrale; trépanation de nettoyage; guérison.** Présentation du malade guéri en collaboration avec R. Horand, 6 novembre 1905.

39. **Gastrostomie évacuatrice dans la péritonite aiguë** (Méthode de Jaboulay), 5 février 1906.

40. **Désarticulation sus-calcanéenne du pied** (Opération de Jaboulay), 5 février 1906.

41. **Excision d'un ulcère hémorragique du pylore avec varices muqueuses**, 19 février 1906.

42. **Lobe prostatique moyen enlevé par la voie haute**, 19 février 1906.

43. **Ulcères hémorragiques de l'estomac; mort d'hémorragie onze jours après l'intervention (excision et gastro-entéro-anastomose)** (En collaboration avec P. Cavaillon), 12 mars 1906.

44. **Cancer de la tête du pancréas avec hypertrophie du foie; double anastomose gastro-entérique et gastro-cholécystique** (En collaboration avec L. Pinatelle), 23 avril 1906.

45. **Fistule vaginale du côlon pelvien. Guérison après trois interventions par la voie basse**, 21 mai 1906.

46. **Drainage péritonéal préventif dans la myomectomie utérine**, 25 juin 1906.

COMMUNICATIONS
A LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

47. **La désartioulation sone-aetragalienne à lambean plantaire danelee pertee de enbetanoee étenduee du talon,** 17 avril 1907.
48. **Rhinoplaetiee diverese,** 30 novembre 1904.
49. **Exoision d'une fietule à l'anus enivie de la enture dee eurfaoes oruentéee,** 7 décembre 1904.
50. **Uloère ohronique du pylore à forme hémorragique; éoheo de la gastro-entéroetomie; néoeesité de l'exoision de l'uloère,** 11 janvier 1905.
51. **Dieparition de peendo-tnmenrs inflammatoires dépendantee d'uloèree pyloriqnee aprèe la eimple gastro-entéro-anaetomose,** 8 février 1905.
52. **Gastro-entéro-anastomose on bonton de Jabonlay ponr oanoer du pylore; survie de vingt-sept moie,** 8 février 1905.
53. **Canoer dn eein et aplaeie génitale,** 7 juin 1905.
54. **Exoision d'nn nloère de l'eetomao aprèe éoheo de la gastro-entéro-anastomose,** 7 juin 1905.
55. **Cal epontané de la rotnle eans écartement appréoiable,** 12 juillet 1905.
56. **Kyete hydatiqne snppnré du foie avso iotère, Marsnpialieation. Guérison,** 12 juillet 1905.
57. **Epingle à ohevenx dane la veeeie d'une femme, nonvean prooédé d'extraotion trèe simple,** 12 juillet 1905.
58. **Cysteotomie pour oanoer de la veeeie,** 20 décembre 1905.
59. **Uloère sténosant dn dnodénum,** 10 janvier 1906.

60. Œdème dû à une morsure de serpent; traitement par les scarifications et la botte de Jonod, 6 juin 1906.

61. Écrasement des membres inférieurs. Tétanos subaigu très tardif. Opération de Wladimiroff-Miokülicz, 11 juillet 1906.

62. Un produit nouveau, le lait desséché dans l'alimentation des nourrissons, 18 juillet 1906.

63. Hémorragies intestinales dans la hernie ombilicale étranglée, 10 avril 1907.

COLLABORATION A DES THÈSES

Bertenet. — Sur les kystes hydatiques du foie avec ictère par compression du hile, Lyon 1905-1906.

Drivet. — De la myomectomie abdominale dans les fibromes utérins. Ses complications. Moyens d'y remédier, Lyon 1905-1906.

Louyriac. — De la sympathicectomie dans les névralgies faciales, Lyon 1905-1906.

Poissonnier. — La gastrostomie évacuatrice dans le traitement des péritonites aiguës, Lyon 1905-1906.

Rivière. — Thérapeutique chirurgicale de l'ulcère de l'estomac. De la valeur comparée de la gastro-entéro-anastomose et de la résection dans l'ulcère non compliqué de l'estomac Lyon, 1905-1906.

Ruthon. — Diagnostic et traitement du cancer de la vésicule biliaire, Lyon 1905-1906.

Coutant. — Melænas dans la hernie ombilicale étranglée, Lyon 1906-1907.

CHIRURGIE DES MEMBRES

La désarticulation sous-astragalienne à lambeau plantaire dans les pertes de substance étendues du talon.

(Communication à la *Soc. des Sciences médicales* 17 avril 1907).

J'ai proposé dans les grands traumatismes talonniers de faire la désarticulation sous-astragalienne, lorsqu'il y a de l'infection et qu'on ne peut songer à une autoplastie.

On peut employer suivant les circonstances plusieurs procédés.

1° *L'artère tibiale postérieure est intacte.* — En ce cas on emploiera le tracé représenté sur la fig. 1 qui donne un excellent lambeau plantaire comme on peut le voir sur la figure 2 ;

2° *L'artère tibiale est lésée.* — On peut alors employer soit un lambeau dorsal à la Baudens (fig. 3) très étoffé ce qui donne le résultat figuré en 4 — soit mieux un autre lambeau qui donne une bonne semelle plantaire (fig. 5 et 6).

En ce dernier cas la peau plantaire vivra du fait d'un très large pédicule qui le relie à la face dorsale du pied (voir fig. 5).

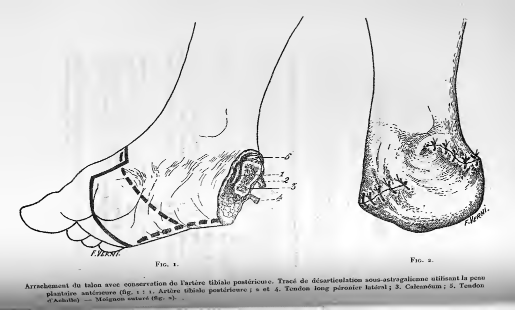


FIG. 1.

FIG. 2.

Arrachement du talon avec conservation de l'artère tibiale postérieure. Tracé de désarticulation sous-astragalienne utilisant la peau plantaire antérieure (fig. 1 : 1. Artère tibiale postérieure ; 2 et 4. Tendon long péronier latéral ; 3. Calcanéum ; 5. Tendon d'Achille) — Moignon suturé (fig. 2).

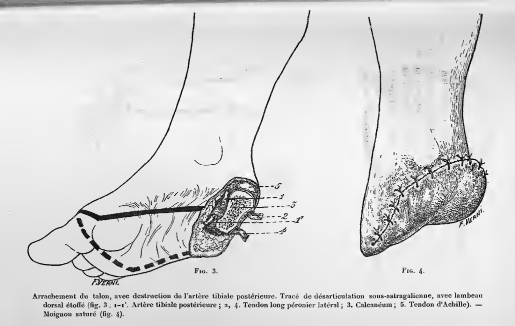


Fig. 3.

Fig. 4.

Arrachement du talon, avec destruction de l'artère tibiale postérieure. Tracé de désarticulation sous-astragalienne, avec lambeau dorsal étoffé (fig. 3 : 1-1'. Artère tibiale postérieure ; 2, 4. Tendon long péronier latéral ; 3. Calcanéum ; 5. Tendon d'Achille). — Moignon saturé (fig. 4).

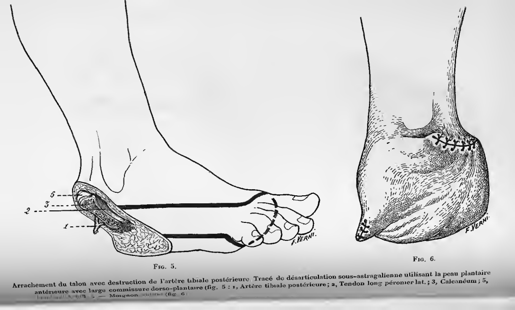


FIG. 5.

FIG. 6.

Arrachement du talon avec destruction de l'artère tibiale postérieure Tracé de désarticulation sous-astragalienne utilisant la peau plantaire antérieure avec large commissure dorso-plantaire (fig. 5 : 1, Artère tibiale postérieure ; 2, Tendon long péronier lat. ; 3, Calcanéum ; 5, [illegible]. — Moignon [illegible] (fig. 6)

Si l'on a des doutes sur la vitalité de ce pédicule on s'efforcera de conserver l'anastomose qui existe entre la pédicuse et l'arcade plantaire profonde.

Le mieux pour la respecter est de désarticuler à la rugine d'abord les quatre métatarsiens externes, puis le premier métatarsien et de terminer par l'ablation du tarse.

Désarticulation sus-calcanéenne du pied. (Opération de Jaboulay.)

(Communication à la *Soc. de médecine*, 5 février 1906.)

Il s'agit d'une désarticulation nouvelle du pied. C'est une opération de Chopart que l'on termine par l'extirpation à la rugine de l'astragale. Le calcanéum vient prendre dans la mortaise tibio-péronière la place de l'astragale enlevé.

Cette intervention s'adresse surtout aux tuberculoses du tarse avec intégrité du calcanéum.

Le professeur Jaboulay l'a répétée deux fois avec un bon résultat fonctionnel.

Cal spontané de la rotule sans écartement appréciable.

(Société des sciences médicales, 12 juillet 1905.)

Il s'est agi d'une femme jeune entrée dans le service du professeur Jaboulay pour hémarthrose du genou consécutive à une chute. On ne s'aperçut de la fracture de la rotule qu'après la résorption de l'épanchement. L'écartement des fragments était insignifiant. Il fallait un examen attentif pour obtenir une crépitation fine. La guérison survint rapidement. La marche était

possible un mois après l'accident. A ce moment, il était à peu près impossible de déceler la fracture.

Même hauteur des deux rotules, contour parfaitement lisse et arrondi de l'os brisé. Seule la radiographie était démonstrative et montrait la trace claire du cal linéaire. Il semble bien qu'il se soit agi là de ce cal osseux spontané de la fracture de la rotule dont Dupuytren rêvait la possibilité. La malade après sa chute n'avait fait aucun effort pour se relever. Elle avait de la sorte ménagé ses ailerons rotuliens. Cette circonstance explique le faible écartement des fragments nécessaire à l'obtention du cal osseux.

Ecrasement des membres inférieurs ; tétanos subaigu très tardif ; Opération de Wladimiroff-Mickülicz.

(Société des sciences médicales, 11 juillet 1906.)

L'écrasement fut régularisé pour la jambe droite broyée à la partie moyenne trois mois et demi, pour le pied droit dont le talon avait été arraché, quatre mois et demi après l'accident. Le tétanos éclata douze jours après la deuxième opération. Il fut subaigu et guérit en vingt jours. La première fois, désarticulation du genou à la Gritti, la zone des bourgeons charnus fut largement dépassée, la deuxième fois, opération de Wladimiroff-Mickülicz les bourgeons avaient forcément été manipulés.

Trois injections de sérum antitétanique avaient été pratiquées après l'accident, de huit jours en huit jours. On sait que l'immunité conférée par la sérothérapie antitétanique est de courte durée ; elle n'excède pas une quinzaine de jours.

Il y a lieu de penser que des microbes du tétanos étaient restés latents dans les bourgeons de chacune des plaies et qu'ils ont été mis en circulation par la deuxième opération.

L'hypothèse d'une infection opératoire peut être soulevée, mais elle est moins vraisemblable.

En tout cas, cette observation montre qu'il est prudent avant une régularisation de plaie par écrasement, de pratiquer une sérothérapie antitétanique.

CHIRURGIE ABDOMINALE

CHIRURGIE DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Traitement de certaines formes de l'ulcère simple de l'estomac par l'excision (en collaboration avec G. Rivière).

(Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale, 1907, n° 1).

(Communication à la *Soc. de Médecine*, 19 février et 12 mars 1906 ; à la *Soc. des Sciences médicales*, 11 janvier, 8 février, 7 juin 1905.)

(Th. de Rivière, Lyon, 1905-1906)

Le procès de la gastroentérostomie dans l'ulcère de l'estomac en général.

1° Ses avantages. — Il s'agit d'une opération simple, bien réglée maintenant, dont la mortalité est faible. Dernière statistique de Mayo Robson, en 1905, 3,7 pour 100 de décès seulement sur 186 cas ; 12 cas sans mort opératoire, Jaboulay.

Quels que soient le siège et la forme clinique de l'ulcère l'opération amène de bons résultats immédiats dans la majorité des cas, par la mise au repos de l'organe, l'évacuation facile de son contenu.

Sous cette influence, l'hyperacidité du suc gastrique diminue.

Ce sont de bonnes conditions pour amener la cicatrisation de l'ulcère.

Le chiffre de 92 pour 100 de succès *durables* donné par Mayo Robson, justifie l'enthousiasme de la majorité des opérateurs en faveur de la simple opération dérivative.

2° Ses inconvénients. — En contraste avec l'opinion régnante, me basant sur des faits observés à la clinique du professeur Jaboulay — vingt-cinq cas d'interventions diverses pour ulcères — j'ai formulé les objections suivantes contre la gastrocntérostomie.

a) *Persistance ou retour des douleurs.* — Certains malades sont incomplètement soulagés par l'opération dérivative ou bien, améliorés pendant quelques temps, recommencent à souffrir. Il s'agit soit d'ulcères adhérents à la paroi abdominale, au foie, à la vésicule biliaire, soit encore d'ulcères ayant perforé toutes les tuniques de l'estomac et entourés de callosités péritonéales. J'ai vu un malade, porteur de cette dernière lésion, soulagé pendant six mois par une anastomose, revenir souffrant comme auparavant demander une nouvelle opération. On lui fit la résection de l'ulcère et la guérison définitive fut obtenue.

b) *Retour des hémorragies.* — Le fait est prouvé, Warrecke (1903) le note 15 fois sur 398 anastomoses, avec 5 morts. Savariaud en rapporte 8 cas, Quésnu 31. Je l'ai vu deux fois avec une mort.

c) *Perforation.* — Un petit nombre de cas seulement ont été signalés, surtout dans des ulcères étendus et inextirpables.

d) *Dégénérescence cancéreuse de l'ulcère.* — Voilà la plus importante des objections à faire à l'opération palliative.

Il est certain que le cancer de l'estomac est fonction d'ulcère. Les chiffres peuvent varier mais l'opinion est unanime. Mayo Robson dit qu'on trouve des antécédents ulcéreux dans 60 pour 100 des cas de cancers. Dans 37 cas opérés par M. le professeur Jaboulay, je les ai notés 10 fois, soit 27 pour 100.

Récemment Devic et Sannerot ont même avancé, en fournissant des preuves cliniques et anatomo-pathologiques de premier ordre, que l'ulcère gastrique était bel et bien un cancer spécial, à marche lente, finissant toujours par la cachexie et la mort.

La résection de l'ulcère. — Les avantages. Les objections

La résection de l'ulcère réalise théoriquement la cure radicale de la lésion et met du coup le malade à l'abri des complications que nous avons signalées : retour des hémorragies, persistance ou récidive des douleurs, perforation, cancérisation.

Il faut voir maintenant les inconvénients de la méthode, les objections qu'on peut lui faire.

1° Gravité opératoire. — Elle est incontestablement plus grande. Elle est de bon sens. Mais les chiffres manquent encore pour l'apprécier. Rodmann donne 15 pour 100 de mortalité. Rivière arrive à 25 pour 100 en réunissant des faits anciens et nouveaux

Le professeur Jaboulay n'a eu qu'une mort sur dix cas. Mais il faut tenir compte de la nouveauté de la méthode et songer que la gastroentéroanastomose n'a pas eu à ses débuts la bénignité qu'elle revêt maintenant.

2° DIFFICULTÉS OPÉRATOIRES. — Dans les ulcères très étendus et surtout très adhérents aux organes voisins, il ne saurait être question de résection. Certains chirurgiens, imbus de l'idée de la cancérisation, tels que Jedlicka, Bakes, ont attaqué le foie, le pancréas. Cela paraît bien osé.

Les adhérences à la paroi, au côlon, ne doivent pas contre-indiquer l'extirpation.

A l'inverse de ces cas extrêmes, il en est d'autres où l'ulcère ne peut être trouvé. C'est l'*exulceratio simplex* de Dieulafoy. Il faut bien alors se contenter de la dérivation. J'en ai observé un cas avec un excellent résultat éloigné.

3° MULTIPLICITÉ DES ULCÈRES. — Elle complique la résection des lésions, mais elle est relativement rare, une fois sur 25 cas de Jaboulay.

4° PERSISTANCE DE L'HYPERCHLORHYDRIE ET RÉCIDIVE DE L'ULCÈRE. — La première complication, rare d'ailleurs, existe aussi bien après la gastro-entérostomie pure et simple. C'est elle qui engendre l'ulcère peptique du jéjunum, bien étudié récemment par Gosset. Elle explique quelques mauvais résultats. Quant à la récidive de l'ulcère qui en est la conséquence, elle est exceptionnelle. Peut-être s'agit-il d'un ulcère méconnu lors de l'opération ?

5° DÉFORMATION DE L'ESTOMAC ET TROUBLES FONCTIONNELS CONSÉCUTIFS. — Je l'ai observée une fois chez un malade qui succomba deux mois après une résection d'ulcère de la petite courbure avec des accidents de sténose pylorique. Pour éviter cette complication, point n'est besoin de se livrer à des gastroplasties compliquées comme le fait Jedlicka, il suffit de faire suivre la résection de la gastro-entéro-anastomose comme le conseillent MM. Terrier et Hartmann. Dans plusieurs cas j'ai pu observer les bons résultats de cette combinaison opératoire.

Technique de la résection de l'ulcère

Je serai bref dans ce chapitre. Il faut enlever toute la lésion en la dépassant largement. Il faut être imbu de la doctrine de la cancérisation présente ou future et agir comme s'il s'agissait d'un cancer authentique.

Dans tous les cas on fera suivre la résection de la gastro-entéro-anastomose suivant l'excellente méthode de MM. Terrier et Hartmann.

Indications comparées de la gastro-entéro-anastomose et de la résection suivant les formes cliniques et anatomiques

1° ÉTAT GÉNÉRAL. — S'il est bon, on fera de préférence la résection, s'il est mauvais, la gastro-entéro-anastomose. Il faut remarquer toutefois qu'à apparences égales, les ulcéreux supportent des opérations plus longues et plus étendues que les cancéreux. De plus quand on a affaire à un ulcère hémorragique menaçant

la vie par la répétition des pertes sanguines, on doit tenter beaucoup plus.

2° Etat anatomique de la lésion. — Mais c'est surtout le ventre ouvert et pièces en mains que l'on se décidera pour l'ablation ou l'anastomose. Je me suis déjà expliqué sur ce point.

3° Ulcère calleux, avec pseudo-tumeur inflammatoire. — A enlever car c'est précisément dans cette forme que l'on a trouvé le plus souvent des trainées cancéreuses (Jedlicka). De plus, une pseudo-tumeur inflammatoire cache souvent un ulcère perforant des parois gastriques. Or, la gastro-entérostomie est quelquefois impuissante contre les douleurs liées à cette forme (1 cas personnel).

4° Ulcère hémorragique. — Quand l'opération est indiquée, c'est-à-dire en dehors des grandes hémorragies cataclysmiques, il vaut mieux faire l'excision, qui met à l'abri du retour des hémorragies possible après la simple dérivation gastro-intestinale (2 cas personnels).

5° Ulcère sténosant : a) *Du pylore*. — S'il est calleux l'enlever de parti-pris. S'il s'agit d'une simple cicatrice non exubérante, on peut se contenter jusqu'à plus ample informé de la gastro-entéro-anastomose. C'est dans ce cas qu'elle obtient ses plus beaux succès. J'ai vu personnellement des malades opérés depuis 15, 18, 24 mois, par le professeur Jaboulay, présenter de très bons résultats éloignés;

b) *Du cardia* ;

c) *Estomac en sablier*.

Je n'ai pas observé de pareilles lésions et je ne peux pas formuler de conduite à tenir à leur égard.

6° Ulcère avec périgastrite. — Quand il s'agit d'une adhérence peu étendue avec la paroi abdominale, le côlon ou la vésicule biliaire, on doit en faire la section et réséquer l'ulcère sous-jacent. Quand la lésion adhère au foie ou au pancréas, la résection est très discutable. Mieux vaut, dans la majorité des cas, préférer la gastroentérostomie.

Enfin, quand on a affaire à des adhérences étendues et multiples, lorsque l'estomac est fixé dans un filet qui l'enserre de toutes parts, il est sage de respecter ces liens fibreux qui se reformeraient après leur section, sitôt le ventre refermé. Si l'ulcère lui-même est facile à atteindre (face antérieure, pylore), il sera bon de l'enlever pour faire disparaître l'épine irritative. Mais on le trouve difficilement en pareil cas.

La gastroentéroanastomose reste l'opération de choix dans la périgastrite adhésive étendue.

7° Exulceratio simplex. — La simple dérivation est de mise. Toute tentative de résection est illusoire.

8° Ulcères multiples. — La résection doit être tentée s'ils sont en petit nombre, deux, trois ou quatre. On ne doit pas se laisser arrêter par l'étendue d'estomac à sacrifier. Faudrait-il songer à la gastrectomie totale au cas de polyulcération ? Il est probable qu'en pareille circonstance, les adhérences étendues de l'estomac contre-indiqueraient toute exérèse.

9° Ulcère fistulisé a la paroi. — La gastroentéro-

anastomose est impuissante à faire cicatriser cette lésion. J'en ai la preuve dans un cas qu'ont publié MM. Patel et Leriche. La résection secondaire amena la cure radicale.

10° Ulcère perforé dans le péritoine. — La résection et la suture constituent la méthode de choix. La chose est bien démontrée.

Ulcères hémorrsgiques de l'estomac ; mort d'hémorragie onze jours sprès l'intervention (excision et gastroentéroanastomose).

(En collaboration avec P. Cavaillon.)
(Communication à la *Soc. de Médecine*, 12 mars 1906.)

A propos d'un malade observé à la clinique du professeur Jaboulay.

Le malade avait eu, à maintes reprises, avant d'être opéré, des hématémèses et des melœnas très abondants. Il succomba à une hémorragie causée par deux ulcères de la petite courbure méconnus au cours de l'intervention (excision d'un ulcère pylorique et gastroentéroanastomose).

Ce fait est instructif à plusieurs égards.

Il y avait trois ulcères étagés sur la petite courbure, un enlevé au cours de l'opération, deux découverts à l'autopsie. La multiplicité de l'ulcère, appréciée de façons différentes par les auteurs, reste une rareté (une fois sur vingt), statistique personnelle. Il faut en tenir compte cependant, surtout dans l'ulcère de forme hémorragique, où la méconnaissance d'un ou plusieurs ulcères peut amener la mort du malade.

Un seul ulcère a été trouvé pendant l'opération, alors qu'une inspection et une palpation attentive de l'estomac avaient été faites. Cela prouve la faillibilité de l'exploration externe dans la recherche des ulcères et la nécessité, en certains cas, de l'exploration interne après gastrostomie.

Enfin, ce malade a succombé à une hémorragie, bien qu'une gastroentéroanastomose eût été pratiquée. La majorité actuelle des chirurgiens estime cependant l'opération dérivative suffisante et efficace dans l'ulcère hémorragique. Mayo Robson dit que le résultat est « constant, définitif, rapide ».

Je ne saurais souscrire à ces conclusions, qui ne sont d'ailleurs pas celles de tous. Savariaud réunissait dans sa thèse huit récidives. Quénu, à la Société de Chirurgie, en 1904, en apportait trente et une.

Le cas en question est le second, que j'ai observé à la clinique du professeur Jaboulay. Une première fois déjà, j'ai vu des hémorragies récidiver après la gastroentérostomie et nécessiter l'excision secondaire de l'ulcère. Le malade guérit.

Je conclus donc que l'excision seule donne dans l'ulcère hémorragique de l'estomac la sécurité que Mayo Robson attribue à la gastroentéroanastomose.

Disparition de pseudo-tumeurs inflammatoires dépendantes d'ulcères pyloriques après la simple gastroentéroanastomose.

(Communication à la *Soc. des Sc. médic.*, 8 février 1905.)

Une fois, il s'est agi d'une femme qui avait subi une

pyloroplastie, puis une dérivation gastrointestinale pour ulcère du pylore avec callosités. Après la deuxième opération, la malade, soulagée de ses vomissements, déclarait souffrir toujours en un point fixe. Pensant que la tumeur inflammatoire du pylore était en cause, on fit une troisième laparotomie. Au cours de celle-ci, on constata la diminution considérable des deux tiers environ de la tumeur constatée précédemment.

Chez un second malade, une gastroentéroanastomose avait été faite pour remédier à des accidents de sténose du pylore. Une tumeur de celui-ci fit songer à un cancer. La pylorectomie fut remise à une date ultérieure, à cause du mauvais état général. Une nouvelle laparotomie, faite un mois après, permit de se rendre compte que la tumeur avait disparu.

La gastro-entéro-anastomose peut donc amener la diminution, voire la disparition des pseudo-tumeurs inflammatoires que crée l'ulcère autour de lui. Mais on ne saurait compter sur cette amélioration spontanée. Guidé surtout par l'arrière pensée de la cancérisation de l'ulcère présente ou future, on doit, toutes les fois que l'opération est anatomiquement possible, préférer l'opération radicale, l'excision, à la simple dérivation gastro-intestinale.

N. B. — Je viens d'observer un troisième fait presque aussi remarquable que le deuxième. Il s'agissait d'une laparotomie itérative pour douleurs chez un malade ayant subi une gastroentéro anastomose pour gros ulcère calleux du pylore (Inédit).

Ulcère sténosant du duodénum.

(*Soc. des sciences médic.*, 10 janv. 1906.)

Comme il est de règle, le diagnostic précis n'avait pu être établi. La maladie s'était comportée comme un ulcère du pylore, et c'est à cette affection qu'on avait songé. Il n'y avait notamment ni grands vomissements bilieux, ni melœnas à répétition, signes qui ont été donnés comme caractéristiques de l'ulcère duodénal.

La laparotomie fit découvrir un ulcère calleux de la deuxième portion du duodénum, sur lequel venait adhérer le fond de la vésicule biliaire. L'ulcère tenait fortement au pancréas. On ne pouvait songer à une extirpation et l'on se contenta d'une simple gastro-entéro-anastomose.

Cette opération soulagea incomplètement le malade. Si elle fit disparaître les grands vomissements de rétention qu'il présentait, elle fut inefficace contre les douleurs digestives tardives, survenant deux ou trois heures après le repas.

Ces douleurs doivent être attribuées au passage du chyme acide de l'estomac au niveau de la lésion duodénale. L'exclusion du pylore empêchant de façon définitive ce passage était dès lors indiquée secondairement.

Cette opération rationnelle ne put être pratiquée au refus du malade.

Gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay pour cancer du pylore ; survie de 27 mois.

(Communic. à la *Société des sciences médic* , 8 fév. 1905.)

Traitement du cancer du côlon par l'entérectomie en trois temps. Présentation de trois malades guéris.

(En collab. avec P. Cavaillon.)
(Communic. à la *Société de médecine*, 6 nov. 1905.)

Hémorragies intestinales dans la hernie ombilicale étranglée opérée.

(Communic. à la *Société de médecine* du 8 avril 1907, et thèse de Contant, Lyon, 1906-1907.)

Travail basé sur deux observations personnelles, sur une inédite appartenant au Dr Pécheux, sur les deux faits rapportés par Sauvé dans son important article de la *Revue de Chirurgie*.

Des trois faits nouveaux deux concernent des hémorragies précoces et bénignes en leurs conséquences ; une autre, hémorragie précoce aussi, pré- et post-opératoire, terminée par la mort, est un fait de pathogénie complexe.

Les deux cas terminés par la guérison sont du type Schnitzler décrit par Sauvé. Pour leur pathogénie, il est difficile d'invoquer telle ou telle théorie. La présence de petits hématomes mésentériques peut faire expliquer un des faits par la thrombose veineuse.

Le cas de pathogénie complexe a trait à une femme obèse, à vieille hernie plusieurs fois étranglée et deux fois opérée, qui avait de l'ascite liée sans doute à une lésion hépatique. Elle était certainement en proie à

une maladie générale hémorragipare, car ses membres étaient marbrés par des ecchymoses et rougis par une belle éruption purpurique.

La lésion hépatique, la maladie dyscrasique avec purpura, avaient préparé l'entérorragie. L'étranglement herniaire a joué le rôle de cause déterminante.

En ce cas, on pouvait prévoir la complication. Dans les deux autres, la chose était impossible.

Et c'est chose fâcheuse pour le chirurgien qui a une surprise désagréable. Il est vrai que la guérison arrive plus souvent qu'on ne le penserait à première impression.

De la Gastrostomie dans certaines formes de péritonite
(Méthode du professeur JABOULAY).

(1° Mémoire en collaboration avec mon ami L. PINATELLE, *in Province médicale*, 16 juin 1906.

2° Communication à la *Société de médecine de Lyon*, 5 février 1906.

3° Thèse de POISSONNIER. La gastrostomie évacuatrice dans le traitement des péritonites aiguës. Lyon 1905-1906.)

Certaines péritonites aiguës inflammatoires, s'accompagnent de vomissements répétés. Ces vomissements tendent à vider un estomac dilaté par des gaz et des liquides sanieux grisâtres ou verdâtres, nés sur place et venus de l'intestin. L'estomac ainsi dilaté ne peut arriver à s'évacuer complètement. Il suffit pour s'en convaincre de pratiquer un lavage de l'estomac après une série de vomissements. Celui-ci ramène toujours une assez grande quantité de liquide de rétention.

Comparant la dilatation gastrique de la péritonite à la rétention d'urine dans la vessie on a pu créer le mot de vomissement par regorgement.

Pourquoi certaines péritonites comportent-elles la dilatation de l'estomac et les vomissements répétés, pourquoi l'estomac reste-t-il au contraire vide en d'autres circonstances ? Il est assez difficile de se prononcer.

Peut-être la dilatation gastrique est-elle due à une localisation spéciale de l'inflammation au compartiment supérieur de l'abdomen?

C'est, en effet, par la péritonite supérieure qu'on a cherché à expliquer ces dilatations aiguës de l'estomac qui surviennent brusquement après certaines opérations intra-ou juxta-péritonéales.

La dilatation de l'estomac dans la péritonite aiguë crée une série de causes de dépression de l'organisme.

a) *Compressions viscerales.* — La poche gastrique gonflée par les gaz et les liquides pathologiques refoule en haut le diaphragme et comprime le cœur. D'où dyspnée, cyanose et tendance au collapsus.

En bas, l'estomac comprime l'intestin, notamment le côlon transverse. D'où exagération de la mauvaise circulation intestinale déjà compromise par l'iléus paralytique de la péritonite.

b) *Dangers des vomissements.* — Les vomissements répétés épuisent le malade par les douleurs et les nausées qu'ils provoquent. Il sont une cause puissante de shock. De plus, ils aident à la diffusion de la péritonite. Ils empêchent toute alimentation.

c) *Intoxication.* — Le liquide vert-de-gris contenu

dans l'estomac et qui vient en partie des premières anses grêles est très toxique. Roger l'a montré dans l'occlusion intestinale. Or, une partie seulement est évacuée par regorgement. Une notable portion doit être résorbée et intoxique l'organisme.

Il est donc indiqué de vider l'estomac dilaté. Il s'agit là d'une médication symptomatique de la plus haute importance.

Le lavage de l'estomac a été fait plusieurs fois depuis que Kœberlé en a expliqué les avantages en 1874. A la Société de chirurgie, en 1905, M. le professeur Terrier s'en est déclaré très partisan. Le lavage a donné un certain nombre de succès. Quelquefois il a, en une ou deux séances, transformé radicalement des malades qu'on croyait désespérés.

Mais son action schockante est manifeste et devient une contre-indication lorsqu'on doit le repéter, car on a affaire à des malades très affaiblis, très fragiles, qui ont besoin de tous les ménagements.

La *gastrostomie évacuatrice* avec drainage continu de l'estomac est moins choquante que le lavage. Elle est faite une fois pour toutes. Dès sa réalisation, la dilatation de l'estomac et tous ses inconvénients disparaissent définitivement. M. Jaboulay a créé la méthode et l'a appliquée à quatre malades avec deux succès et deux morts. M. Gayet a eu un insuccès.

La *technique* est très simple. Sous anesthésie locale une laparotomie médiane découvre l'estomac dans sa portion juxta-cardiaque. Des sutures séro-séreuses fixent une petite couronne stomacale au péritoine pariétale. Une ponction au bistouri crée un petit orifice au

centre de la portion fixée et une sonde uréthrale de gros calibre est introduite dans l'estomac. Un point de suture la fixe à la peau. Un tube-siphon en caoutchouc raccordé avec un index en verre prolonge extérieurement la sonde et permet de recueillir dans un récipient bas situé, les sécrétions gastriques. L'opération est terminée.

Les *phénomènes observés après la gastrostomie* sont les suivants :

Il y a un *écoulement* continu de gaz et de liquides qui peut atteindre pour ces derniers 3 à 4 litres par jour, mais qui est en moyenne de 2 litres au début. En cas de guérison, on voit assez rapidement diminuer la quantité de liquide drainée. Dans le même cas, le caractère du liquide change. Vert-de-gris au début, il devient ensuite jaune franchement bilieux, puis la bile disparaît et une teinte grisâtre est observée.

La *respiration* devient plus facile, plus ample, moins précipitée.

La *cyanose* de la face et des extrémités diminue ou disparaît.

Le *pouls* se ralentit et prend une tension remarquable. Chez une femme qui ne survécut que deux jours, cette bonne tension fut notée presque jusqu'à la mort.

Le *ballonnement* diminue surtout dans la région épigastrique.

Les *vomissements* sont supprimés ou diminuent énormément de nombre et d'importance.

Une sensation de *bien-être* est ressentie par tous les malades. La gastrostomie amène, dès sa réalisation, un soulagement général des plus remarquables qui per-

siste. Il a été noté chez tous les opérés, même chez ceux que l'opération n'a pu sauver.

La gastrostomie permet l'*alimentation* immédiate.

On peut, deux ou trois heures après l'évacuation de l'estomac, commencer à injecter par la sonde du lait, du bouillon, des liquides alimentaires variés.

Une pince est ensuite placée sur le tube de drainage pendant un quart d'heure les deux premiers jours, une demi-heure par la suite. Une partie des liquides introduits ressort, mais il en reste une notable proportion.

C'est ainsi que chez un jeune hommede vingt ans, qui guérit d'une péritonite appendiculaire généralisée, on notait au troisième jour 3 litres et demi d'ingesta et 2 litres d'excreta ; le cinquième jour, 5 litres ingérés, 1 litre excrété.

La *fermeture* de la bouche gastrique doit être faite quand, en coïncidence avec la chute de la température et l'amélioration de l'état général, on voit le liquide de drainage diminuer de quantité et perdre son caractère bilieux. Dans les deux cas guéris, on fit l'oblitération une fois au sixième jour, une autre fois au dixième jour.

Voici le bilan des *guérisons* et des *morts*.

La méthode a été appliquée cinq fois, savoir :

Une péritonite appendiculaire généralisée. Jeune homme de vingt ans, état désespéré. Drainage iliaque droit et rectal. Gastrostomie. Guérison. Jaboulay.

Une péritonite généralisée consécutive à une hystérectomie abdominale pour fibrome. Femme de cinquante ans. Gastrostomie. Mort. Jaboulay.

Une péritonite généralisée consécutive à une laparo-

tomie pour occlusion intestinale. Jeune homme de quinze ans. Etat très grave. Gastrostomie. Guérison. Jaboulay.

Une péritonite généralisée due à la rupture d'un ulcère méconnu du duodénum. Homme de quarante-six ans. Drainage large du péritoine. Gastrostomie. Mort. Gayet.

Une péritonite généralisée consécutive à une laparotomie exploratrice pour cancer très étendu de l'estomac avec ascite. Homme de soixante ans. Gastrostomie. Mort. Jaboulay.

Je ne m'attacherai pas à expliquer les morts. Chez les moribonds auxquels s'adresse l'opération, il est trop facile de trouver des excuses. Mieux vaut s'arrêter aux deux guérisons.

Le premier guéri avait contracté une péritonite généralisée deux jours après une laparotomie pour occlusion intestinale. Au cours de cette intervention, l'abdomen avait été largement souillé par le contenu de l'intestin. Son facies très altéré, le pouls presque incomptable à 140-150, la température élevée, le météorisme considérable, les vomissements incessants, ne laissaient pas de doute sur le diagnostic et guère sur le pronostic. Il survécut néanmoins.

Le deuxième était atteint d'une péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Il fut apporté froid à la clinique du professeur Jaboulay. Je lui fis d'urgence et par pur acquit de conscience, sans aucune illusion, une boutonnière iliaque droite. Il en sortit un litre de liquide bouillon sale, d'odeur infecte, révélateur des cas désespérés. Le lendemain, l'état n'était guère

meilleur, les vomissements porracés étaient incessants, le pouls était cependant moins mauvais. M. Jaboulay tenta la gastrostomie et fit de plus un drainage rectal. La guérison survint.

Sans doute il faut faire de justes attributions. Si le premier survivant n'a été traité que par la gastrostomie, le second a certainement bénéficié du double drainage iliaque et rectal.

Il n'en reste pas moins que voilà deux cas désespérés où la gastrostomie semble avoir contribué grandement à la guérison.

Enregistrons donc ces deux succès. Ils sont encourageants à appliquer la méthode dans les cas où le lavage de l'estomac est impuissant ou contreindiqué du fait du mauvais état général.

Contre la péritonite elle-même il convient de se servir toujours de larges incisions de drainages faites en bon lieu, de la recherche de la cause, viscère perforé par exemple.

La gastrostomie est dirigée uniquement contre le symptôme : dilatation de l'estomac avec rétention.

Kyste hydatique du foie avec ictère.

(Soc. des Sc. médic., 12 juillet 1905 et thèse de Berthenet, Lyon, 1905-1906.)

A propos d'un succès obtenu par M. Jaboulay par la marsupialisation dans un cas diagnostiqué cirrhose hypertrophique, j'ai étudié le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie compliqués d'ictère.

Entre autres choses, j'ai montré que le diagnostic était d'autant plus difficile avec la cirrhose hypertrophique que l'on pouvait se trouver en présence d'antécédents alcooliques, que la rate pouvait être grosse dans le kyste comme dans la cirrhose, qu'enfin la suppuration kystique pouvait amener de la fièvre, symptôme de la maladie de Hanot. Seule la décoloration absolue des matières, qui est notée dans les kystes hydatiques avec ictère, peut faire rejeter l'idée de cirrhose hypertrophique. On sait que les fèces sont colorées dans la cirrhose hypertrophique.

Cancer de la tête du pancréas avec hypertrophie du foie ; double anastomose gastro-entérique et gastro-cholécyetique (en collaboration avec L. Pinatelle).

(Communication à la *Soc. de Médecine*, 23 avril 1906.)

Il est classique, depuis le mémoire de MM. Bard et Pic, d'admettre pour le cancer du pancréas le syndrome suivant : ictère total foncé, progressif, cachexie rapide, distension de la vésicule biliaire, *foie de dimensions normales*.

Ce dernier signe ne paraît pas constant. M. Jaboulay, à plusieurs reprises, a trouvé le foie gros dans le cancer du pancréas; un cas que j'ai étudié en est un nouvel exemple.

Le cancer du pancréas produit la sténose du cholédoque : mais ce n'est pas la seule. Le duodénum lui-même est enserré à la longue et le malade présente les signes, dilatation de l'estomac, grands vomissements de l'oblitération pylorique.

Le côlon transverse peut également être rétréci ; mais plus tardivement encore.

Les trois sténoses du cholédoque, du duodénum, du côlon transverse étaient réalisées chez une femme qui succomba quatre mois après une cholécystogastrostomie et dont je pratiquai l'autopsie.

Contre la sténose du cholédoque, la chirurgien a à sa disposition la cholécystogastrostomie ou cholécysto-entérostomie.

Contre l'oblitération du duonénum, la gastroentérostomie est indiquée. Il sera bon de réaliser les deux anastomoses cholécysto-gastrique et gastrointestinale dans la même séance, alors que l'une d'elles seulement, la première le plus souvent, est indiquée. L'autre, dit M. Jaboulay, sera faite à titre préventif. Un malade a été opéré par lui de la double anastomose et a guéri.

Quant à l'occlusion du côlon, elle est plus rare que les deux autres et se produit plus tard. Il sera toujours temps d'y remédier par une fistule cæcale, opération sans gravité que l'on peut faire sous l'anesthésie locale.

Dans tout cela il n'est question que d'opérations palliatives.

L'opération radicale, l'extirpation du cancer est, en effet, impossible dans la majorité des cas.

DIVERS

Cancer du Sein et aplasie génitale.

(Société des sciences médicales, 7 juin 1905.)

On connaît la méthode de Beatson qui consiste, dans le cancer inextirpable du sein, à pratiquer la castration. J'ai pu présenter à la Société des sciences médicales de Lyon une malade de quarante-deux ans qui n'avait ni vagin ni utérus perceptibles. Cette insuffisance génitale n'avait en rien empêché l'établissement d'un authentique cancer du sein.

Ce cas va donc à l'encontre de la théorie de Beatson. La méthode de cet auteur compte d'ailleurs peu de succès.

Un produit nouveau : le lait desséché dans l'alimentation dee nourrissons.

(Communication à la *Soc. des Sciences médicales,* 18 juillet 1906.)

Œdème dû à une morsure de eerpent; traitement par les scarifications et la botte de Junod.

(Soc. des Sc. médic., 6 juin 1906.)

La morsure du serpent avait intéressé un pied. Après de graves accidents immédiats, vomissements,

perte de connaissance, le seul symptôme qui avait persisté était un œdème considérable de toute une jambe.

M. Jaboulay attribua à une action locale durable du venin l'œdème observé et résolut d'évacuer celui-ci. Pour cela, il pratiqua de nombreuses mouchetures au bistouri sur toute la jambe et enferma ensuite celle-ci dans la botte à vide de Junod. 200 grammes de sang et de sérosité furent retirés de la sorte. L'œdème ne reparut pas et le malade put très rapidement reprendre sa vie courante

Rhinoplastie de la sous-cloison.

(Soc. des Sc. médic., 30 novembre 1904)

Il s'agissait d'une destruction syphilitique de la sous-cloison. M. Jaboulay y remédia en taillant sur la lèvre supérieure un lambeau médian comprenant toute l'épaisseur labiale à pédicule supérieur. Il fut tordu d'un quart de circonférence et suturé par un de ses bords à la perte de substance nasale avivée. La lèvre fut ensuite réunie. Exubérante d'abord, la greffe se réduisit peu à peu et le résultat esthétique était satisfaisant quand je présentai le malade.

La Radiothérapie dane lee tumeurs.

(Mémoire dans les *Arch. provinc de chirurgie*, 1er juin 1905, p. 321-354, 8 fig.) **(Radiothérapie pour cancers du nez. Présentation de malades guéris ou améliorés. Extirpation d'une tache mélanique de la joue par la radiothérapie** et Communications à la *Société de médecine deLyon*, 8 mai 1905.)

J'ai appliqué à la clinique du professeur Jaboulay la radiothérapie à toutes espèces de tumeurs.

Epithéliomas cutanés de la face et des membres; tumeurs bénignes et malignes de la parotide, cancers du sein; tumeurs viscérales, de l'ovaire, du corps thyroïde; ostéosarcomes des membres et sarcomes des parties molles de ceux-ci. J'ai même essayé de traiter des ulcérations tuberculeuses des mains, une leunémie myélogène, une névrite tabétique, etc.

Bref, un grand nombre de malades de toutes sortes ont été soumis par moi aux rayons X. C'était au début de la méthode et les indications étaient encore incertaines.

En comprenant dans le total les dix cas publiés dans mon exposé de titres de 1904, j'arrive au chiffre de cinquante et un sujets traités par moi ou mon collaborateur et ami Duroux.

Je n'ai obtenu de véritables succès que dans les épithéliomas cutanés et spécialement pour ceux du nez.

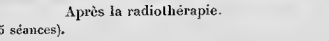
Les photographies ci-jointes démontreront mieux que des observations les résultats enregistrés.

Dans les cancers viscéraux, dans les ostéosarcomes,

dans les tumeurs malignes du sein, j'ai vu les arrêts temporaires de développement et la sédation passagère des douleurs que tous les auteurs ont signalés, mais jamais de véritables rétrocessions, *a fortiori* pas de guérisons.







Avant la radiothérapie.

Après la radiothérapie.

(1 mois 1/2 de traitement. 15 séances).

Epithélioma probable du nez (pas d'examen histologique) datant de 4 ans Destruction des cartilages
Décédée sans récidive 2 ans après la guérison.

Avant la radiothérapie.



Après la radiothérapie.
(3 mois 1/2 de traitement. 35 séances).

Epithelioma du nez (examen histol. de M. le professeur-agrégé Gayet) datant de 7 ans. Charpente osseuse suspectée. Amélioration considérable. Partie de la clinique avant guérison complète.

Avant la radiothérapie.



Après la radiothérapie.
(6 mois de traitement, 50 séances.)

Epithélioma rongeant du nez (examen histol. de M. le professeur-agrégé Gayet) datant de 15 ans. Nécrose profonde du nez et du maxillaire supérieur. Amélioration notable.

VOIES URINAIRES

Epingle à cheveux dans la vessie d'une femme. Nouveau procédé d'extraction très simple.

(Soc. des Sciences médic., 12 juil. 1905.)

J'ai décrit là un procédé qui m'a rendu service et qui peut être utile aux praticiens par sa simplicité et le minimum d'instrumentation qu'il comporte. Après dilatation de l'urètre au moyen d'une pince hémostatique introduite fermée et retirée ouverte, la vessie étant garnie de 150 centimètres cubes d'eau, j'ai mis mon petit doigt gauche dans l'urètre puis dans la vessie. Ce petit doigt a parfaitement reconnu l'épingle et notamment son anse. Dès lors un crochet du genre de celui à bottines manœuvré sur le petit doigt conducteur saisit très aisément et sans hésitation l'anse de l'épingle qui fut retirée par l'urètre sans dégâts aucuns et dans le minimum de temps.

A recommander quand on ne possède pas de cystoscope.

Lobe prostatique moyen enlevé par la voie haute.

(Soc. de médecine, 19 février 1906.)

Exemple de lobe prostatique moyen occasionnant une

dysurie notable — 300 centimètres cubes de résidu — malgré sa petitesse, et du bon résultat obtenu en pareil cas par la prostatectomie sus-pubienne partielle.

Cystectomie pour cancer de la vessie.

(Soc. des sc. médic. 20 déc. 1905.)

Il s'agissait d'un épithéliome à type allantoïdien, à éléments jeunes, très malin.

L'extirpation de la vessie comprit toute la calotte supérieure et la face latérale droite. Un uretère put être laissé en place, l'autre fut suturé à la peau.

Il n'y avait pas d'infection vésicale au moment de l'intervention. Malgré cette condition favorable, le malade succombait un mois et demi après, avec de l'infection rénale ascendante et une repullulation hâtive de son cancer.

Ce mauvais résultat est d'ailleurs habituel dans les tumeurs malignes de la vessie.

GYNÉCOLOGIE

Excision et suture d'une fistule ano-vulvaire

(Soc. des sc. médic, 7 déc. 1904.)

Fistule tuberculeuse classique qui nécessita une large excision des tissus lardacés. La suture qui tint bien et donna une bonne réunion primitive était indiquée par la faible importance de la sécrétion et par le délabrement qu'avait subi le périnée antérieur. La malade gagna de la sorte une guérison rapide et une bonne reconstitution périnéale.

Fistule vaginale du côlon pelvien
Guérison après trois interventions par la voie basse.

(Soc. de médecine, 21 mai 1906.)

L'anus vaginal contre nature avait été établi accidentellement par un chirurgien au cours d'une colpotomie pour annexites suppurées.

La voie haute, qui tend à prévaloir de plus en plus à l'heure actuelle en pareil cas, ne fut pas utilisée en raison des difficultés que l'on prévoyait pour évoluer dans un bassin plein d'adhérences et, sur le désir de la malade qui se refusait à toute intervention pouvant menacer sa vie.

L'oblitération directe de la fistule intestinale, après avivement et dédoublement, fut tentée tout d'abord. Elle fut très laborieuse en raison de la profondeur de la lésion, et malgré le jour donné par deux larges débridements vulvo-perinéaux à la Chaput.

La suture de la fistule paraissant notoirement insuffisante, on résolut de fermer le vagin au-devant d'elle. Pour légitimer ce colpocleisis, les raisons suivantes pouvaient prévaloir : ménopause, vie génitale vraisemblablement terminée à cinquante-deux ans, enfin séparation maritale depuis huit ans.

Le premier colpocleisis ne tint pas. C'est après le troisième avivement que le vagin put être définitivement oblitéré. Encore faut-il noter que, durant les cinq semaines qui suivirent cette dernière intervention, un léger suintement fécal persista. Huit mois s'écoulèrent entre la première intervention et la guérison définitive.

La malade, revue, s'est déclarée satisfaite de son sort.

La défécation ano-rectale s'est parfaitement rétablie. Le seul inconvénient réside dans la perte de quelques gouttes d'urine dans la station debout. Cette légère incontinence est due au tiraillement exercé sur l'urètre par la cicatrice vaginale.

La fermeture du vagin reste une opération d'exception dans les anus contre nature de ce conduit. Mais en raison de son innocuité elle mérite d'être retenue dans des circonstances semblables à celles que nous avons rencontrées.

Drainage péritonéal dans la myomectomie abdominale pour fibromes utérins.

(Soc. de médecine 25 juin 1906 et th. de Drivet, Lyon, 1905-1906.)

Il est très difficile, malgré les sutures les plus soigneuses, d'empêcher un utérus de saigner après une myomectomie abdominale.

Il se fait très-souvent en pareil cas une hématocèle post-opératoire qui peut être le point de départ d'une péritonite.

M. le professeur Jaboulay a pu enrayer une péritonite de cette sorte par une colpotomie.

Aussi fait-il maintenant systématiquement le drainage du cul-de-sac de Douglas après la myomectonie abdominale.

Tuffier, Gouilloud, Monprofit suivent cette pratique et s'en trouvent bien.

Grâce à cette précaution et lorsque les indications sont bien posées, la mortalité opératoire de la myomectomie est très-réduite. 3 pour 100 contre 5 pour 100 pour l'hystérectomie.

Lyon. — Imprimerie A. Rey et Cie, 4, rue Gentil — 43552